

施設利用申込書

年 月 日

介護老人保健施設 志木瑞穂の里 施設長 殿

| | | | | | |
|------------------------|---|--|----------|-------|-----------|
| 利用者 | (フリガナ) | | 性別 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | 男・女 | M・T・S | 年 月 日(歳) |
| | 住所 | (〒 ー) | | | |
| | | 都道 府県 | 市区 町村 | | |
| | 自宅電話 | () | 携帯電話 | () | |
| 身元 引受人 | (フリガナ) | | 性別 | 続柄 | |
| | 氏名 | | 男・女 | | |
| | 住所 | (〒 ー) | | | |
| | | 都道 府県 | 市区 町村 | | |
| | | 自宅電話 | () | 携帯電話 | () |
| | 緊急連絡先 | 電話番号 () | | | |
| 要介護 認定 | 申請状況 | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 | | | |
| | 介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | | |
| | 有効期限 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | | |
| 利用希望のサービス (複数チェック可) | <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(1日型) <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション(1日型) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(半日型) <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション(半日型) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション | | | | |
| 利用者の現在の状況 | <input type="checkbox"/> 自宅で生活している <input type="checkbox"/> 病院に入院している (病院名:) <input type="checkbox"/> 施設に入所している (施設名:) | | | | |
| 世帯状況 | <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 利用希望理由 | | | | | |
| 利用(退所)後の見込み | <input type="checkbox"/> 家庭へ復帰する(家庭生活を続ける) <input type="checkbox"/> 施設生活を続ける <input type="checkbox"/> その他() | | | | |

| |
|--------|
| 申し込み確認 |
| |